

Lugar de Nacimiento del Estudiante _____
 Ciudad Estado Pais

Información de Etnicidad
 (Esta información no se exige y solo se usará par alas estadísticas del Departamento de Educación de California, tal como se nos requiere.)

¿Es su hijo/a Hispano o Latino? (Elija una sola respuesta.) No es Hispano ni Latino Si, es Hispano o Latino

Favor de seguir marcando una de las cajitas siguientes para identificar la raza de su hijo:

Negro/Afro-americano Indígena americano/nativo de Alaska Blanco

Asiático/Asiático Americano } *Marque uno:* Chino Japonés Filipino Coreano Vietnamés Indiano Laosiano Camboyano
 Isleño del Pacífico } Hawaiano Samoano Guaymeño Tahitiano Otro Asiático Otro isleño del Pacifico

Idioma de Casa

¿Cuál es el idioma principal de su estudiante? _____
 ¿En qué idioma quiere que *hablemos* con usted? _____ . . . y cuando le *escribimos*? _____

<p>ENGLISH PLEASE NAME THE LANGUAGE...</p> <p>your child learned when he/she first began to speak _____</p> <p>your child most frequently uses at home _____</p> <p>you most frequently use to speak to your child _____</p> <p>most often spoken by the adults at home _____</p>	<p>KHMER (CAMBODIAN) សូមសរសេរឈ្មោះភាសា... ដែលកូនលោកអ្នករៀននិយាយដំបូងបំផុត _____ ដែលកូនលោកអ្នកនិយាយប្រើច្រើនជាងគេនៅផ្ទះ _____ ដែលលោកអ្នកនិយាយប្រើច្រើនជាងគេជាមួយកូន _____ ដែលលោកអ្នកនិយាយចាស់ទីនិយាយប្រើច្រើនជាងគេនៅផ្ទះ _____</p>
<p>SPANISH POR FAVOR APUNTE EL IDIOMA...</p> <p>que su niño(a) hablo cuando empezó hablar _____</p> <p>que su niño(a) usa frecuentemente en casa _____</p> <p>que usted usa para hablar con su niño(a) _____</p> <p>que se habla por los adultos en casa _____</p>	<p>VIETNAMESE XIN QUÍ VỒ CHO BIEÁT...</p> <p>Ngoãn ngỗđ nặo con quí vồ hỏic khi bặt ãaủu tặp nỏuì _____</p> <p>Quí vồ thỏđỏng duỏng ngoãn ngỗđ nặo trong gia ãinh _____</p> <p>Ngoãn ngỗđ nặo thỏđỏng duỏng ãeặ nỏuì vỏuì con cặuì _____</p> <p>Ngoãn ngỗđ nặo ngỗđỏi lỏủn trong nhặo thỏđỏng duỏng _____</p>
<p>LAOTIAN ພາສາລາວ... ທີ່ລູກຂອງທ່ານເລີ້ມຕົ້ນເວົ້າທຳອິດ _____ ທີ່ລູກຂອງທ່ານໃຊ້ຫຼາຍກວ່າໝູ່ໃນເວີອນ _____ ທີ່ທ່ານໃຊ້ເວົ້າກັບລູກຂອງທ່ານສ່ວນຫຼາຍ _____ ທີ່ທ່ານໃຊ້ສ່ວນຫຼາຍໃນເວີອນ _____</p>	<p>HMONG THOV QHIAS KOJ HOM LUS... koj tug menyuam xyaum hom lus dab tsis _____ nyob hauv tsev koj tus menyuam hais hom lus _____ koj nrog koj tus menyuam tham hom lus _____ koj tsev neeg nyiam hais hom lus dab tsis _____</p>

Primera fecha de inscripcion en una escuela de los EE.UU. (sí previamente asistió fuera del estado o si nació en otro pais) _____ / _____ / _____
 Mes Dia Año


¿Asistió su hijo/a a un programa preescolar antes del Kinder?
 Si, preescolar en el Distrito de Lincoln Si, otro preescolar No, asistió a ningún preescolar

¿Fue expulsado su hijo/a de un distrito escolar? Si es así, ¿qué distrito? _____

Escuela anterior: _____
 Nombre de Escuela Distrito No. de Tel. Ultima fecha de asistencia

¿Su hijo/a asistió anteriormente a la escuela en California? Si No Primera fecha inscrito en una escuela de California _____ / _____ / _____

¿Ha asistido su hijo/a antes a una escuela del Distrito Escolar de Lincoln? Si No Si es así, escriba el nombre de la escuela y el año(s):

 Firma de Padre/Guardian _____ Fecha _____ / _____ / _____

Es reglamento del Distrito Escolar Unificado de Lincoln no discriminar por motivo de sexo, orientación sexual, grupo étnico, raza, antepasados, origen nacional, color, religión, estado civil, edad o discapacidad mental o física en los programas o actividades educacionales bajo su supervisión.

• FOR OFFICE USE •

ID# _____ Grade ____ Area ____ Birth Verif ____ Immun ____ Physical ____ Oral ____ Res Verif ____ Photo ID ____ Spec Svcs ____
Reg Site ____ Reg Date/Initial ____ / ____ Attend Sch ____ Entry Date ____ Teacher ____ Rm # ____
PowerSchool: Demographics ____ Additional Data ____ Immun ____ St Programs ____ Alerts ____ NCLB ____ CALPADS ____ Class List ____

Distrito Escolar de Lincoln • 2010 W Swain Rd • Stockton, CA 95207

HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIANTE para KINDER-8º GRADO

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Naci. ____ / ____ / ____ Grado ____
Según el certificado de nacimiento Apellido Primero Segundo Sufrío(Jr.,Sr.,III) Mes Día Año 2010/11

Domicilio _____ Apt ____ Ciudad _____ C.P. _____

Tel. de casa () _____ Masculino ____ Femenino ____

INFORMACIÓN DE PADRE/GUARDIAN

Nombre de la Madre: _____ Estudiante Reside con: Si No
Tel. de casa () _____ Tel. del Trabajo () _____ Tel. Celular () _____
Domicilio _____ Correo Electrónico/E-mail _____

Nombre de la Padre: _____ Estudiante Reside con: Si No
Tel. de casa () _____ Tel. del Trabajo () _____ Tel. Celular () _____
Domicilio _____ Correo Electrónico/E-mail _____

Nombre de la Guardian: _____ Estudiante Reside con: Si No
Tel. de casa () _____ Tel. del Trabajo () _____ Tel. Celular () _____
Domicilio _____ Correo Electrónico/E-mail _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre de Contacto de Emergencia _____ Relación _____

Tel. de casa () _____ Tel. del Trabajo () _____ Tel. Celular () _____

Nombre de Contacto de Emergencia _____ Relación _____

Tel. de casa () _____ Tel. del Trabajo () _____ Tel. Celular () _____

Nombre de Contacto de Emergencia _____ Relación _____

Tel. de casa () _____ Tel. del Trabajo () _____ Tel. Celular () _____

INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE

Describe cualquier información física o médica que deberíamos saber sobre el estudiante, inclusive sobre medicamentos que se deben tomar durante el horario escolar:

Nombre del Doctor _____ Telefono () _____ Hospital de Preferencia _____

Nivel de educación de los padres (propvea informacion sobre el padre de familia con el nivel de educacion más alto)

No terminó la preparatoria Terminó la preparatoria unas clases universitarias Título universitario Post –título universitario

¿Ha participado su hijo/a en el programa de educación especial? Sí es así, especifique: Día especial Programa de especialista Plan 504

Plan de Apoyo de Comportamiento Lenguaje, habla, audición GATE –Educación Para Dotados y Talentosos Título I